

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 96

SUR UN CAS

DE

GALACTOCÈLE TRAUMATIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1920

PAR

Pierre BOURGIN

Né à Moulins (Allier), le 28 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse.

GILIS, professeur, *Président.*

VALLOIS, professeur

GRYNFELLTT, agrégé.

DELMAS, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0221

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MEDECINE

N° 96

SUR UN CAS

DE

GALACTOCÈLE TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1920

PAR

Pierre BOURGIN

Né à Moulins (Allier), le 28 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GILIS, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		VALLOIS, prof.-adj.		
		GRYNFELLTT, agrégé.		
		DELMAS, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON
1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEBENAT (O *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	FRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRÉS (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (H).
Chimie biologique et médicale.....	DEBRIEN (H).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. Dr ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *).
Médecine opératoire.....	SOUBEVRAN (*).
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELLT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*).
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse

MM. GILIS, professeur, président.	MM. GRYNFELLT agrégé.
VALLOIS, professeur.	DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

PROFESSEUR AU LYCÉE DE MONTPELLIER

A MA MÈRE

A MES DEUX SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AÎNÉ

P. BOURGIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MONTPELLIER

P. BOURGIN.

SUR UN CAS

DE

GALACTOCÈLE TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Le sujet que nous avons choisi, d'après les conseils de M. le professeur Gilis, peut paraître, à première vue, dépourvu d'intérêt, mais je crois apporter à cette question, si vieille et déjà si bien étudiée, et grâce à M. le professeur Grynfeldt, quelques éléments nouveaux.

Lecène et Lenormand résument parfaitement les idées modernes quand ils écrivent: « Le galactocèle est une tumeur liquide du sein, d'origine inflammatoire, renfermant du lait plus ou moins altéré, développé dans la mamelle en lactation. »

Avant de commencer notre travail, il m'est agréable de remercier M. le professeur Grynfeldt qui nous a largement ouvert son laboratoire, nous a guidé avec la plus grande patience dans le délicat examen des coupes histologiques, et nous a permis de publier l'observation anatomo-pathologique précise qui fait toute la valeur de notre thèse.

OBSERVATION

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur P. Gilis)

Mme X..., âgée de 31 ans, allaitait son troisième enfant, et en était au quatorzième mois de l'allaitement, lorsqu'elle fut, à l'improviste, mordue aux deux seins par un cheval, le 6 octobre 1919.

Ce traumatisme, très douloureux, fut suivi de chaque côté d'une large ecchymose qui a disparu peu à peu.

Du côté du sein droit, la morsure entraîna une tuméfaction assez grosse, sur l'extrémité interne de l'ovale mammaire. Cette tuméfaction alla en diminuant mais laissa à sa place une tumeur dure.

Après ce traumatisme, la blessée put continuer à allaiter son enfant, qui ne fut sevré que vers le mois de novembre. Depuis cette époque Mme X... ressent dans les deux seins, et plus particulièrement dans le sein droit, des douleurs assez vagues, mais qui l'impressionnent.

Elle vient consulter M. le professeur Gilis, le 24 décembre 1919.

Elle se plaint surtout de douleurs dans le sein droit et se montre très préoccupée de la petite tumeur qui persiste. A ce moment, la tumeur est du volume d'une noisette, roulant facilement sous les doigts. Elle était dure. Aucune fluctuation ne s'y sentait. A sa surface, la peau était normale, blanche, souple, se laissant facilement pincer.

On avait l'impression d'un adénome roulant dans une

couche conjonctive lâche, couche qui le séparait du tissu glandulaire.

Antécédents très bons. Les trois enfants sont en bonne santé. Elle conservait le souvenir de sa mère, morte à 46 ans, une année après avoir été opérée d'une tumeur du sein. Dans ces conditions, M. le professeur Gilis conseille l'extirpation de la petite tumeur, pensant qu'une simple incision cutanée sous-anesthésie locale à la cocaïne, permettrait de l'énucléer.

M. X... revint pour cette opération le 25 janvier 1920, Très effrayée, elle déclarait souffrir davantage, et prétendait que la tumeur avait augmenté de volume et changeait d'aspect. C'était vrai, à l'inspection, la tumeur faisait saillie, soulevant la peau qui semblait un peu plus foncée sur la surface de la tuméfaction. La peau ne pouvait plus être pincée comme avant et se détachait mal de la tumeur. Elle avait, elle-même, augmenté de volume et était grosse comme une noix. Elle était dure, sans trace de fluctuation et avait perdu sa mobilité au milieu du tissu glandulaire périphérique auquel elle semblait adhérer.

L'opération fut faite le 26 janvier, sous-anesthésie locale à la syncaïne. Les changements de caractère de la tumeur firent modifier la technique opératoire. Par une incision ovale furent enlevées, en plein tissu sain, la tumeur et la peau qui la recouvrait. Au cours de l'opération, en réclinant les tissus, vers l'extrémité de la tumeur qui regardait le mamelon, il s'épanche dans la plaie un peu de liquide laiteux que l'opérateur attribue à la section d'un canal galactophore. Mais la tumeur ne s'affaissa pas pour cela, elle fut enlevée entière, intacte.

Le 4 février la malade partait complètement guérie. Réunion *per primam*. La douleur dans le sein avec complètement disparu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La pièce enlevée était une masse de graisse au sein de laquelle on percevait nettement un petit corps, du volume d'une noix, ayant une consistance ferme et élastique. Il fut isolé, au ciseau, de la graisse environnante. Les connexions ne furent conservées qu'avec la peau sus-jacente. La pièce contenait un liquide de couleur blanchâtre, très visqueux, très homogène, sans odeur. La poche ouverte fut fixée dans son ensemble, partie dans le formol salé, partie dans le mélange de Ciaccio.

A un faible grossissement on voit : une zone fibreuse dense, homogène, qui circonscrit la collection liquide, c'est la paroi propre du galactocèle ; la renforçant extérieurement une zone de sclérose diffuse, dans laquelle sont englobés les divers éléments de la mamelle. D'où deux régions à étudier : *a*) la zone de sclérose diffuse périphérique ; *b*) la paroi propre du galactocèle.

A. — Dans la zone périphérique, au sein de la masse graisseuse banale de la mamelle, des îlots de tissu adipeux d'aspect normal s'intercalent entre les éléments conjonctivo-vasculaires, et des lobules glandulaires présentant les signes de l'inflammation chronique. Les divers vaisseaux ont leur paroi épaissie et renforcée extérieurement par des éléments conjonctifs. De nombreux leucocytes sont inclus dans les mailles de ce tissu.

Le tissu élastique a une répartition tout à fait irrégulière. On aperçoit, de loin en loin, et seulement autour des paquets vasculaires d'une certaine importance, des masses élastiques assez considérables qui font partie de l'atmosphère conjonctive des vaisseaux. Les colorations électives (orcéïne) permettent de déceler dans le reste de zone, seulement quelques fibrilles d'une extrême délicatesse, très délicates, isolées, elles escortent quelquefois les vaisseaux capillaires et s'avancent avec eux, mais jamais très avant, dans les couches périphériques de la capsule.

Dans les interstices des couches les plus externes, les capillaires sanguins abondants sont, en général, distendus par des globules rouges, conséquence de la congestion intense. Ils sont, pour la plupart, des centres de diapédèse. Les leucocytes agglomérés constituent, autour d'eux, des sorte de nodules inflammatoires. Entre ces nodules, l'infiltration leucocytaire se poursuit à travers les fibres conjonctives. Cet exsudat se montre presque exclusivement constitué par des éléments de la série lymphoïde : leucocytes et mononucléaires. Les moyens mononucléaires sont rares, et plus exceptionnels encore les polynucléaires. Des plasmocytes viennent se mêler en grand nombre et, par endroits, ils forment même, à eux seuls, les nappes d'infiltration.

Les vaisseaux englobés dans ces amas leucocytiques présentent des signes manifestes de réactions inflammatoires. Leurs diverses tuniques sont en proie à la sclérose. Des fibroblastes, des fibrilles conjonctives forment autour d'eux un réseau plus ou moins lâche. Il n'est pas rare de rencontrer, des vaisseaux autour desquels la néoformation conjonctive aboutit à la formation d'îlots de sclérose. Les faisceaux fibreux entourent séparément l'artériole et la vei-

nule et, par des orbes plus grandes, tout le paquet vasculaire. La réaction fibreuse s'étend même jusqu'aux éléments glandulaires, qui forment des lobules arrondis autour des canaux sécréteurs. Les lobules sont formés d'acini en régression. (Le sevrage était fini depuis deux mois au moment de l'opération). Presque tous les acini sont vides, leur lumière est effacée. Les cellules, à limites imprécises, dégénérées, se colorent en bloc. L'acide osmique décèle des gouttelettes graisseuses. Les noyaux, le plus souvent en pycnose, quelquefois en chromatolyse, se colorent d'une façon massive. Dans certains lobules le tissu conjonctif est constitué presque exclusivement par des cellules fixes et des lamelles de substance fondamentale, pauvre, en fibrilles collagènes. De très nombreux globules blancs et des plasmocytes témoignent, entre les mailles du tissu, du processus inflammatoire.

En certains points le tissu conjonctif prolifère intensivement sous forme de fibroblastes qui engainent les acini. Le processus scléreux débute plutôt autour du tissu glandulaire qu'autour des vaisseaux. Le processus infectieux et inflammatoire semblerait donc se propager plus par la voie glandulaire que par la voie sanguine.

A côté, dans d'autres lobules, le processus scléreux se manifeste par l'apparition au sein du tissu conjonctif intra-racineux de puissants faisceaux connectifs qui, en direction centripète semblent partir de la coque fibreuse et gagner leur centre. Ce processus arrive à envahir complètement les lobules glandulaires dont les éléments épithéliaux paraissent étouffer sous le processus scléreux, à telles enseignes que les acini, avec leurs cellules atrophiées, leur lumière obstruée, sont difficiles à identifier et peuvent être pris pour des capillaires sanguins.

Il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'involution normale post-gravidique, et à l'hypergénèse pathologique du tissu conjonctif. L'endopérivascularite, la nature des éléments exsudés témoignent irrécusablement des phénomènes inflammatoires.

B. — La paroi propre du galactocèle est une membrane fibreuse homogène. Son épaisseur oscille entre 472 et 950 microns. Aucun vestige d'épithélium n'a pu être découvert. La paroi conjonctive est directement au contact du contenu kystique. Cette paroi est formée d'une série de plans fibreux, légèrement onduleux, parallèles à la surface de la poche. Ces strates sont constituées par des fibres collagènes, différenciées, très fibrillaires, de diamètre assez mince. Les divers plans sont réunis les uns aux autres par des jets obliques qui rappellent les systèmes de tente de Ranvier. Elle est formée par du tissu fibreux pur, c'est-à-dire qu'elle ne renferme pas de fibres élastiques. Dans les deux ou trois assises les plus externes, les capillaires, dans leur atmosphère conjonctive, entraînent quelques-unes.

Entre les faisceaux conjonctifs il y a de très nombreuses cellules fixes du tissu conjonctif dont l'abondance est au maximum près de la surface de la poche, si bien que, dans les couches les plus internes, les fibroblastes dominent dans la constitution de la paroi. Les éléments leucocytiques sont comme dans la zone péri-kystique, les témoins de l'inflammation chronique. Dans les couches les plus externes, la nappe est fournie d'éléments leucocytiques (mononucléaires et plasmocytes). Ces éléments, groupés autour des vaisseaux, s'infiltrant dans les fissures de la paroi. Tout à fait à la surface de la poche, ils forment une importante accumulation. De là, ils se mêleront aux éléments du contenu de la poche et joueront un grand rôle dans la résorption.

Les coupes, régulièrement fixées permettent de bien étudier le contenu qui adhère à la paroi en couches souvent épaisses. Dans ces conditions, on aperçoit des globules rouges, des globules blancs, des globules du lait, des corps granuleux du colostrum.

Ces corps granuleux, de dimensions variables, sont de forme arrondie, d'aspect spongieux. Ils sont creusés de vacuoles qui, traitées par l'acide osmique, paraissent autant de sphérules noires. Il s'agit donc de gouttelettes grasses. Les plus petits sont de la taille d'un leucocyte, les plus gros peuvent atteindre 60 microns de diamètre. La plupart d'entre eux sont nucléés. Les noyaux sont tantôt normaux avec des corpuscules prenant le réactif de la chromatine, d'autrefois ils se laissent déprimer par les granulations grasses, perdent leur affinité tinctoriale, et présentent des signes de chromatolyse, ils prennent finalement la forme de corpuscules irréguliers acidophiles, se fragmentent au sein cytoplasmique par un processus rappelant la caryorrhexis. Les restes des noyaux dégénérés peuvent se désagréger par plasmolyse au sein du magma gras.

La genèse des corpuscules du colostrum est très discutée. Certains, avec Duclert, y voient des amas muriformes non nucléés de granulations. D'autres les considèrent comme des cellules, soit épithéliales, soit glandulaires. Un troisième parti les regarde comme de nature leucocytaire.

Sans prendre partie dans le débat, voici ce que nous avons observé. Au voisinage des points d'infiltration leucocytaire, près de la surface de la poche, de nombreux leucocytes font irruption parmi les éléments du contenu. Autour des noyaux des mononucléaires apparaissent des sphérules claires grasses, augmentant en nombre avec la masse du cytoplasme. Toutes les formes de transition

existent entre les leucocytes et les corps granuleux. Ceux-ci sont donc des leucocytes transformés.

L'affluence des globules blancs autour et dans la cavité kystique, témoignent de leur rôle important dans l'évolution de la lésion et le nettoyage de la poche. Ils ne peuvent pas être les témoins passifs du processus inflammatoire, d'ailleurs relativement léger.

On pourrait penser que ces éléments granuleux pourraient être des globules blancs chargés du contenu kystique, qu'ils évacuent vers les espaces lymphatiques. On en voit, en effet, dans les interstices les plus internes du plan fibreux en tout semblables aux corps granuleux libres dans la cavité. Mais on ne les retrouve pas plus loin. Mlle Lourie dénie d'ailleurs toute mobilité aux corpuscules du colostrum. Cette explication mécanique n'est donc pas satisfaisante.

M. le professeur Grynfeldt nous a suggéré une autre hypothèse, d'après laquelle ces globules blancs agiraient sur ce contenu kystique par leurs produits solubles, par leurs lipares. Les transformations subies par les graisses les rendraient ainsi plus aisément assimilables ce qui pourrait expliquer la régression spontanée du galactocèle quand la poche ne suppure pas.

En outre, les leucocytes agissent sur le contenu graisseux, en le digérant. Rien ne dénote, en effet, que les gouttelettes des corps granuleux soient captées en nature, mécaniquement. Il semble plutôt que les leucocytes en absorbent les éléments dans le magma kystique, et que leur chondriome en élabore la synthèse. Ces gouttelettes graisseuses subissent des modifications physico-chimiques se traduisant par leur variation de volume, la diminution de leur tension superficielle. En effet, dans les formes âgées, elles fusionnent entre elles. A ce moment survient la dé-

sintégration des corpuscules avec mise en liberté des substances ainsi transformées.

La guérison peut s'effectuer d'ailleurs par un autre processus qui peut d'ailleurs coexister : l'envahissement de la poche par le tissu conjonctif.

Il n'y a pas d'épithélium, pas même de vitrée. Aucune barrière ne s'oppose donc à l'envahissement de la cavité par les cellules conjonctives, qui se mêlent en certains endroits étroitement aux corps granuleux du contenu, accompagnant souvent de petits vaisseaux capillaires. Le picro, noir naphtol de Curtis colore un réseau délicat de menues fibrilles collagènes qui englobent le tout. Cornil a décrit un phénomène analogue dans l'organisation du caillot fibrineux à l'intérieur des vaisseaux thrombosés.

Il en résulte un treillis conjonctivo-vasculaire qui enserme dans ses mailles les corps granuleux, avant qu'ils soient complètement développés. Ils continuent à s'accroître et gênés ils se tassent fortement, s'applatissent les uns contre les autres et prennent un aspect épithélioïde. Cette invasion du conjonctif à la périphérie du magma kystique peut être considérée comme le début d'un processus scléreux qui tend à substituer un tissu de cicatrice au magma graisseux de la poche.

En résumé la tumeur est constituée par un kyste, à paroi fibreuse, autour duquel est une zone de sclérose, due à un processus d'inflammation chronique. Le contenu est formé par des éléments offrant la plus grande analogie avec ceux du colostrum. C'est un kyste par rétention des produits élaborés par la glande mammaire, c'est donc un galactocèle. En l'absence actuellement de toutes parois épithéliales, il est difficile d'affirmer que cette poche résulte de la dilatation d'un canal galactophore. Les acini glandulaires au contact ne présentent aucune trace de dila-

tation, tous en voie de régression physiologique, donc la portion sécrétante n'a pas été touchée. Des diverticules très réduits, ectasiés s'ouvrent par une large ouverture autour de la poche : ce sont des galactophores tributaires, ectasiés au niveau de leur embouchure. Forgett avec des soies de sanglier a pu cathétériser les canaux efférents du galactocèle.

Il paraît difficile, dans notre cas, de ranger cette tumeur parmi les adénomes. C'est, en somme, une poche dilatée en arrière d'un point rétréci sur les canaux galactophores à la suite d'un traumatisme qui a déclenché un processus inflammatoire. Les expériences de Delbet sur la mamelle viennent à l'appui de ce fait : une glande, dont on lie le canal excréteur, est vouée à l'atrophie totale. Dans le galactocèle, l'oblitération serait incomplète : c'est une dilatation en arrière d'un point rétréci. On sait que les canaux excréteurs brusquement distendus, se rompent ; au contraire, ils peuvent s'aggrandir du fait d'une distension progressive et soutenue. Le galactocèle s'accroît à chaque période de lactation.

Suivant l'expression de Letulle, il s'agit ici moins d'un kyste glandulaire que d'une ectasie canaliculaire, ce qu'avait pressenti Gillette qui croyait que le galactocèle était une « varice des canaux galactophores ».

SYMPTOMATOLOGIE

Le galactocèle apparaît pendant la lactation, après le sevrage, quelquefois pendant la grossesse, exceptionnellement à la puberté.

Le galactocèle évolue lentement, il lui faut des mois et des années pour qu'il atteigne des dimensions appréciables. Wolpy cite un cas où l'évolution fut rapide. Il s'accroît par poussées à chaque grossesse.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués, à peine une sensation de pesanteur, et de très légères douleurs lors de la formation du kyste, et pendant l'allaitement sous l'influence de la succion. Les phénomènes réactionnels sont très faibles, cependant, dans certains cas, l'allaitement dût être suspendu. La sécrétion lactée peut être diminuée, ou même supprimée du côté affecté. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

Dans la grosse majorité des cas, la tumeur est unilatérale. Siebold a publié un cas de galactocèle double, pair et symétrique. Il siège, en général, au centre de la mamelle ou dans la région déclive.

Arrondie, régulière, sans bosselure, quoique très finement lobulée, cette tumeur refoule les parties saines de la glande et modifie peu l'aspect de la mamelle. De petit volume à son début, elle reste stationnaire, ou à peu près en

deliors de la puerpéralité, et des périodes de l'allaitement. Chaque grossesse accroît sa masse. Le plus volumineux avait trente-quatre pouces de diamètre.

Le galactocèle ne présente d'adhérences, ni sur les plans profonds, ni avec les téguments qui ne s'altèrent pas.

Tillaux prétend que sa caractéristique est d'être mou, fluctuant. M. le professeur Gilis a trouvé une tumeur dure, solide. Les deux grands signes pour Gilette sont: la persistance d'un godet à la pression, et l'écoulement de lait par le mamelon. Labbé déclare cet écoulement exceptionnel. Il paraît normal, au contraire, qu'il y ait issue de lait puisque dans presque tous les cas, la femme est observée pendant ou peu après la lactation.

Abandonné à lui-même, le galactocèle, exceptionnellement, se résorbe spontanément, normalement il va en augmentant à chaque période de lactation, passant successivement par des phases s'accroissent et des phases de régression, synchrones à l'activité génitale de la femme.

Un abcès, c'est-à-dire l'inflammation, la suppuration de la poche kystique, peut succéder à la tumeur. Cette terminaison est considérée comme fréquente. Reclus pense que les abcès chroniques du sein ne seraient que des galactocèles enflammés. L'histoire de certains abcès à évolution retardée tendrait à faire admettre cette hypothèse.

Binaud et Braquehayé font remarquer qu'aucun auteur n'a signalé la transformation du galactocèle, kyste bénin en tumeur maligne.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic du galactocèle est très facile, ou très difficile. Très facile, si la tumeur est jeune, si elle est fluctuante, si l'empreinte du doigt persiste après la pression (à condition toutefois qu'il n'y ait pas d'œdème), si en dehors de la lactation, il y a issue de lait par le mamelon.

Plus tard, lorsque la tumeur a vieilli, que le lait s'est transformé en une masse butyreuse, ou qu'il est sous tension, on ne trouve plus la fluctuation. Les deux grands signes de Gillette ont disparu. L'issue de lait ne se trouve pas plus que le godet de l'empreinte digitale.

Les abcès froids venant du rachis et de côtés peuvent aussi en venant se loger derrière la mamelle, refouler la glande (Lecène). Mais l'examen de la malade décèlera l'origine osseuse de la tumeur. Moins rare qu'on aurait tendance à le croire, les kystes hydatiques du grand pectoral peuvent se manifester à travers la mamelle. Pendant la contraction musculaire, la tumeur, immobile, siège hors de la glande mobile.

Les auteurs ont fait un grand fond clinique sur la présence de la fluctuation. Elle est, en raison directe de la tension du liquide, et non de son abondance.

L'abcès froid de la mamelle fait corps avec la glande, on sent autour de lui des nodosités irrégulières de diverses grosseurs. Il est parfois bosselé, M. le professeur Tédénat

cite un cas où il y avait au moment des règles une augmentation notable du tuberculome, coïncidant avec une exacerbation de douleurs. De consistance d'abord ferme, l'abcès devient rénitent puis ramolli et suit l'évolution commune. L'adénopathie axillaire est très fréquente. Dans l'aisselle et l'espace sous-pectoral il y a de gros ganglions réunis à la tumeur mammaire par une chaîne dure, perceptible à la palpation. La suppuration et la fistulisation s'installent. Autour des points ulcérés la peau est rougeâtre et violacée.

L'adéno-sarcome, de forme globuleuse, est la plus grosse tumeur qui se puisse observer dans le sein. Il peut être kystique et contenir une certaine quantité de liquide. Son début passe inaperçu. La marche est rapide. La tumeur irrégulière, tend à pédiculiser le sein. Elle est mobile sous les téguments et le mamelon, ainsi que sur les plans profonds. La consistance est ferme par places, kystique en d'autres endroits. Il n'y a pas d'adénopathie. La peau recouvrant le néoplasme est légèrement rosée, sillonnée de grosses veines. L'état général est, en apparence, bon. Dans le début, le diagnostic peut être hésitant. A la période d'état, il ne peut y avoir de doute.

L'adéno-fibrome kystique est une tumeur bénigne, encapsulée, circonscrite. Le mamelon est libre. Jamais on ne trouvera le signe de la peau d'orange. La tumeur est superficielle, glisse sous la peau et s'énuelée facilement. Elle est indolore à la pression, de consistance ferme, élastique. Nélaton signale l'écoulement par le mamelon soit spontané, soit à la pression, d'un liquide scléreux, muqueux, quelquefois lactiforme. Cet écoulement prouve que le processus morbide se passe dans le tissu glandulaire. Il est parfois teinté de sang. Vanverts considère cette hémorragie comme

le signe de la benignité. Delbet l'envisage comme la manifestation d'une transformation épithéliale.

Le kyste hydatique de la mamelle est rare. Par hasard les malades s'aperçoivent qu'ils sont porteurs d'une tumeur petite, bien circonscrite, dure comme la pierre, ronde, régulière, indolente spontanément et à la pression. Jamais, à la période du début il n'est constaté de fluctuation. Si la première partie de l'accroissement est lente et indolore, la deuxième est aussi rapide que douloureuse. La tumeur se ramollit, devient rénitente. La fluctuation apparaît en dehors de toute suppuration. Les phénomènes de la peau d'orange, de la rétraction du mamelon peuvent se manifester. Les épreuves de laboratoire, réaction de Fleig et Lisbonne, examens cytologiques de la ponction, doivent être pratiqués.

La ponction exploratrice a été toujours possible. Il y aura du lait dans le galactocèle, du pus dans les abcès chroniques, du liquide séreux dans les adéno-fibromes kystiques, du liquide hydatique dans les kystes, du sang contenant des cellules néoplasiques dans le cancer. Avant la ponction, l'écoulement spontané ou à la pression, d'un liquide quelconque par le mamelon, donne une indication.

Dans certains cas le kyste ne constitue qu'un des éléments de la tumeur, et alors le diagnostic sera facile d'avec le galactocèle. Les kystes de la mamelle chronique, multiples bilatéraux ne seront guère confondus. Le cas de M. le professeur Gilis, ou Mme X... prétendait que sa tumeur augmentait, que la peau n'était plus aussi mobile, plus aussi unie comme coloration, offrait à distinguer un galactocèle avec un encéphaloïde au début, un épithélioma papillaire intra-canaliculaire. Dans cette dernière affection, l'écoulement sanguin précoce attire l'attention. La peau prend une teinte ecchymotique au niveau du cancer, qui est

généralement unique, de la grosseur d'une noix, relativement bien circonscrit, indépendant de la peau, assez mobile dans la glande, indolent à la pression. L'encéphaloïde mou, très malin, évolue très rapidement. Très vite la peau est adhérente, amincie, violacée, sillonnée de petits vaisseaux. L'ulcération se fait d'assez bonne heure.

Dans le galactocèle il n'existe pas de ganglions axillaires. L'abcès chronique simple est douloureux. La gomme syphilitique indolente adhère à la peau, qui prend une teinte vineuse et laisse les ganglions intacts. L'adéno-fibrome kystique se distingue par son extrême mobilité. L'épithélioma siège au centre de la glande et est petit et saigne par le mamelon. Dans la mammite chronique il y a une tumeur grosse, circonscrite, pouvant se faire passer pour un galactocèle, mais le fond de la glande est tapissé par un semis de petites nodosités, et les lésions sont bilatérales. L'écoulement du liquide par le mamelon, la ponction exploratrice fixeront le diagnostic et détermineront l'intervention.

Le traitement nous retiendra très peu. Les praticiens auront le choix entre la ponction évacuatrice, suivie ou non, d'une injection modificatrice; l'incision, l'extirpation en bloc. Le praticien décidera selon ses habitudes, le cas présent et ses commodités.

CONCLUSIONS

Le galactocèle, tumeur kystique du sein, est une entité bien définie en clinique comme en anatomie pathologique. Il a une physionomie toute particulière qui en fait une entité anatomique et clinique bien déterminée dans la grande famille des mammites scléro-kystiques, et des adéno-fibromes, avec lesquels il présente souvent des points de parenté évidents. Encore qu'il soit souvent très difficile d'en établir le diagnostic ferme par les moyens d'exploration ordinaires. Dans le cas de M. le professeur Gilis, la tumeur était dure, solide, la peau relativement peu mobile sur elle. Tous ces symptômes étaient bien loin des signes décrits par les classiques.

Le galactocèle est dû à une accumulation de lait, en arrière d'un rétrécissement des canaux galactophores, produit par une hyperplasie du tissu conjonctif, sous l'influence du traumatisme et de l'infection. Dans notre cas il s'agirait d'une ectasie des canaux excréteurs et non d'un processus adénomateux.

L'infection semble se transmettre plus par la voie des canaux excréteurs que par la voie sanguine, mais elle ne provoque jamais, disent les auteurs, de dégénérescence maligne.

Le traitement consiste dans l'évacuation du contenu kystique par ponction, incision ou excision au choix du praticien.

OUVRAGES CONSULTÉS

- BINAUT et BRAQUEHAYE. — *Traité de chirurgie.*
BOSC. — *In thèse Tabakian.*
BAUMGARTNER. — *Maladies de la mamelle.*
BRANCA. — *Précis d'histologie.*
DONNÉ. — *Du lait et en particulier de celui des nourrices,*
1837.
DUCLERT. — *Thèse de Montpellier, 1893.*
GRYNFELTT (Ed.). — *Galactocèle : 1° rôle des leucocytes dans
la résorption du contenu ; 2° néoformation con-
jonctive à la surface interne de la paroi kystique.*
Soc. biol. et méd. de Montpellier, 5 mars 1920.
LECÈNE. — *Soc. anat. Paris, juin 1909.*
LETULLE. — *Précis d'anatomie pathologique.*
LOURIE. — *Thèse de Paris, 1901.*
PUECH. — *Les tumeurs butyreuses du sein, Montpellier mé-
dical, 1859.*
PILLIET. — *Etude d'un cas de galactocèle. Bull. soc. anat.*
Paris, juillet 1896.
PRENANT. — *Histologie.*
ROUQUAYROL. — *Thèse de Montpellier, 1909.*
SOUBEYRAN. — *In thèse Rouquayrol.*
SCARPA. — *Galactocèle, Pavie, 1800.*
SCHIL. — *Thèse de Nancy, 1912.*
TABAKIAN. — *Thèse de Montpellier, 1901.*
TRIBES. — *Montpellier Médical, 1860.*
VELPEAU. — *Gaz. hebd. méd. Paris, 1853. Gaz. hôp. Paris,*
1855.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Eccle, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 25 février 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 25 février 1920
Le Doyen,
MAIRET.

